Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 29 listopada 1879. № 48. Rok XVIII.

TREŚĆ: I. ADAMKIEWICZ. O oddziaływaniu izogalwaniczném i izofaradyczném. — II. PIENIĄŻEK. Dwa przypadki tracheotomii w dyfteryi. — III. *Oceny i sprawozdania:* Prof. ZEISSLA Przyczynek do terapii zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj u mężczyzn. Sprawozdanie Dra Obtułowicza. DEUTSCHMANN. SCHAEFKE. SCRIBA. LUDWIG. — IV. *Posiedzenia towarzystw:* Towarzystwo lekarskie krakowskie. — V. *Odcinek:* SAWICKI. Listy z podróży i z praktyki. (C. d.) — GLÜCK. List z Wiednia. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. O oddziaływaniu izogalwaniczném i izofaradyczném.

Podał prof. Dr. A. Adamkiewicz.

Podając wyniki badania elektrycznego choréj, któréj historyję w Przeglądzie Lek. (Nr. 40 — 44) szczegółowo opisałem, uczyniłem między innemi wzmiankę o tak zwaném „oddziaływaniu izofaradyczném“.

Mięśnie, które na prąd przerywany okazały się zupełnie niepobudliwemi, oddziaływały wyraźnie na prąd stały, i to jak mięśnie zdrowe wedle wzoru (KSz > ASz przy znaczniejszém nasileniu prądu), nie jak mięśnie chorobowo zmienione (wzór: ASz > KSz albo KSz > ASz przy bardzo słabych prądach).

Ciekawy ten sposób oddziaływania elektrycznego stanowi piękną fizyjologiczną analogiję z zachowaniem się mięśni zdrowych, lecz pozbawionych włókien nerwowych, i odpowiednio temu daje się z łatwością wytłumaczyć w sposób przezemnie wyjaśniony we wzmiankowanéj rozprawie.

Więcéj zagadkowe i jak dotąd ścisłemu tłumaczeniu fizyjologicznemu mało dostępne jest zachowanie się chorych mięśni przeciwne wyżéj podanemu, polegające mianowicie na zdolności oddziaływania na prąd przerywany, obok zupełnego braku pobudliwości na prąd stały. O tym to ostatnim sposobie oddziaływania podaję tu kilka uwag.

Sposób ten oddziaływania elektrycznego, które nazwę „oddziaływaniem izofaradyczném“, miałem sposobność spostrzegać u choréj liczącéj lat 38, która w lutym 1878 po przebyciu ciężkiego duru brzusznego dotkniętą została w następstwie lekkiém porażeniem obustronném odnóg dolnych. W październiku tegoż roku, zatém po upływie 9 miesięcy, przez który to przeciąg czasu zmuszoną była bez przerwy leżéć w łóżku, przybyła po poradę do kliniki chorób nerwowych w Berlinie. Nie mogła wtedy ani chodzić ani o własnych siłach stanąć; jedynie w położeniu na wznak zdołała wykonywać słabe ruchy w stawie biodrowym i kolanowym. Stopy i palce nóg znacznie ku podeszwie wygięte, były utrzymywane w tém nieprawidłowém ułożeniu przez trwałe skurczenie mięśni bliźniaczych łydki *(gastrocnemii)* i zginaczy palców, chora mogła je tylko z wielkiém wysileniem i bardzo niedokładnie zwrócić ku stronie grzbietowéj. Przy ruchach tych działały prawie wyłącznie mięśnie goleniowe przednie *(mm. tibiales antici)*, gdyż mięśnie piszczelowe *(mm. peronei)* nie dały się żadną miarą dobrowolnie wprowadzić w stan skurczu. Zresztą nic szczególnego nie dostrzegłem przy badaniu choréj: nie było najmniejszych zboczeń w sferze czucia, kurczów mięśniowych również nigdy nie zauważano. Pęcherz moczowy tudzież kiszka stolcowa funkcyjonowały zupełnie prawidłowo. Odruchy kolanowe prawidłowe.

Przy badaniu elektryczném części chorych postrzegłem następujące uwagi godne zachowanie się odnośnych mięśni: Mięśnie piszczelowe długie tudzież mięśnie bliźniacze łydek były dobrowolnie skurczone i oddziaływały tak na prąd przerywany jak i na stały, (wedle zwykłego wzoru KSz > ASz), jednak nader słabo. Na mięśniach prostownikach wspólnych palców *(mm. extens: digit. comm. longi)*, które obustronnie kurczyły się acz bardzo słabo za podnietą woli, wystąpił przy użyciu prądu stałego wyraźny odczyn zwyrodnienia (AS>KSz), podczas gdy prąd przerywany wywoływał skurcz tylko wspólnego prostownika palców łydki lewéj, nie działając wcale na takiż mięsień strony prawéj.

Nakoniec oba mięśnie goleniowe przednie kurczyły się tak dobrowolnie, jak pod wpływem prądu przerywanego, podczas gdy stosowanie najsilniejszego nawet prądu stałego okazało się bezskuteczném.

W celu szczegółowego zbadania tego zachowania się mięśni starałem się oznaczyć najsłabsze prądy, które działały na zdrowe mięśnie naszéj choréj i porównałem je z wynikiem takiegoż badania obu mięśni goleniowych przednich.

I tak np. występowało na obu mięśniach odkręcających długich *(mm. supinatores longi)* pierwsze oddziaływanie na prąd przerywany, przy największéj odległości obu cew przyrządu zaopatrywanego przez 2 ogniwa Leclanchégo, wynoszącéj od 12·0 do 12·5 cm. Na mięśniach goleniowych przednich stwierdziłem zupełnie taką samą pobudliwość na prąd

przerywany; najlżejsze skurczenie się tychże mięśni występowało przy odległości obu cew przyrządu wynoszącéj od 10·5 do 11·0 cm.

Co do oddziaływania na prąd stały zachodziła jednak między mięśniami wzmiankowanemi znakomita różnica: gdy bowiem mięśnie odkręcające długie *(mm. supinatores longi)* już przy użyciu prądu stałego o 14tu ogniwach (6° odchylenia igły galwanometru) poczynały wyraźnie oddziaływać wedle wzoru KSz, nie zdołałem na mięśniach goleniowych przednich *(mm. tibiales antici)* nawet za użyciem najsilniejszego prądu stałego (o 50ciu ogniwach = 40 — 42° odchylenia igły galwanometru) wywołać wyraźnego skurczenia.

Pod wpływem racyjonalnego leczenia, częścią stałym, częścią przerywanym prądem, uległo to uderzające zachowaśnie się w mowie będących mięśni znakomitéj zmianie. Mięśnie goleniowe przednie stawały się stopniowo coraz więcéj wrażliwemi na prąd stały, tak iż po dwumiesięczném leczeniu tylko z początku i chwilowo okazywały odczyn zwyrodnienia, dając następnie oddziaływanie prawidłowe, wedle wzoru KSz = ASz. W ślad za tém polepszał się i chód choréj, tak, iż w listopadzie 1878 opuściła zakład prawie zupełnie uleczona.

Wynik badania częściowo porażonych mięśni naszéj choréj stanowi o jeden dowód więcéj, że między pobudliwością dobrowolną, tj. od woli zawisłą, a pobudliwością względem prądu stałego tudzież przerywanego istnieje w saméj rzeczy cały szereg stopni i odcieni pobudliwości.

Okoliczność ta nadto potwierdza moje już dawniéj wyrzeczone zapatrywanie *), że pobudzenie mięśni podnietą woli, a zachowanie się tychże względem prądu elektrycznego są funkcyjami odmiennemi i od siebie niezawisłemi. Co więcéj, czuję się upoważnionym orzec, że między pobudliwością na prąd przerywany a pobudliwością względem prądu stałego zachodzi znakomita różnica, są one zatém niezawisłemi od siebie formami innerwacyi istoty kurczliwéj mięśni.

II. Dwa przypadki tracheotomii w dyfteryi.

Podał Dr. **Pieniążek**,
Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przypadek I. Dnia 8 lipca 1879 wezwał mnie Dr. Żuławski do dziecka, które leczył na dyfteryję gardziela, z powodu wystąpienia przypadów zwężenia krtani. Około 4téj popołudniu odwiedziliśmy razem chore dziecko, przyczém dowiedziałem się co następuje: Przed 2ma tygodniami zmarła mała siostrzyczka naszego pacyjenta śród przypadów zwężenia krtani z dyfteryi gardziela. Dnia 7/7 zaczął nasz pacyjent skarżyć się na ból gardła, a zawezwany Dr. Żuławski skonstatował zapalenie dyfterytyczne gardziela, 8/7 wystąpiło utrudnienie oddechu. Badanie uskutecznione przez nas obu okazało co następuje: Dziecko liczące lat 6 jest odpowiednio wiekowi rozwinięte, nie źle odżywione, blade, bez gorączki. Na migdałkach kilka białych dyfterytycznych okładów okrągławych nie dochodzących ½ centa wielkości, same migdałki powiększone. Badanie laryngoskopijne, które mały pacyjent znosił wcale dobrze, nie okazuje żadnych nacieków na nagłośni, fałdach nalewek nagłośniowych, chrząstkach nalewkowych i więzadłach fałszywych, owszem części szyi wymienione przedstawiają się zupełnie prawidłowo. Natomiast spotykamy na więzadłach prawdziwych, a mianowicie w części zewnętrznéj ich górnéj powierzchni, przy ujściu kieszonki Morgagniego, z każdéj strony po jednym białym pasku, którego szerokość koło 1 mm. wynosi, a długość całą więzadłową część strun głosowych zajmuje; białe to paski uważać musimy za tworzące się błony wrzekome. Nie pokryte przez nie wewnętrzne części górnéj powierzchni więzadeł okazują się zaczerwienione, wolne brzegi więzadeł zaokrąglone. Przy wdechu widać, że te brzegi przechodzą bez pośrednictwa rozdzielającéj bruzdy w obrzmienie bocznych ścian krtani, które tuż pod głośnią występuje. Te ostatnie pozostawiają pomiędzy sobą szparę, zakończoną ostro ku przodowi i sięgającą prawie pod sam przedni kąt głośni, rozszerzającą się zaś ku tyłowi aż do wyrostków głosowych, gdzie do 3 mm. szerokości dochodzi i znów zwężającą się pomiędzy chrząstkami nalewkowemi; na przedniéj powierzchni tylnéj ściany nie ma żadnego obrzmienia. Ruchy więzadeł i chrząstek nalewkowych na zewnątrz są zupełnie prawidłowe. Wspomniane obrzęki podgłośniowe nie są pokryte błonami wrzekomemi, zabarwione zaś dość żywo czerwono. Odpowiednio stanowi opisanemu głos jest gruby i nieczysty, utrudnienie oddechu nie zbyt silne, cechujące się wydłużonym nieco wdechem, z szmerem zwężenia i wydłużonym cichym wydechem. Badanie narządów wewnętrznych nie okazało nic ważnego, prócz słyszalnego szmeru zwężenia, obok którego jednak i wdech pęcherzykowy dawał się wszędzie nad płucami słyszeć.

Zapisano dziecku *kali chloricum*, zwrócono uwagę na prawdopodobny napad silny duszności w nocy i zalecono na ten przypadek *cuprum sulfuricum* jako *emeticum*, zwróciwszy przytém uwagę na prawdopodobnie zajść mogącą konieczność uskutecznienia tracheotomii, która na razie za potrzebną uważaną być nie mogła, gdyż szpara pozostała do oddechu była jeszcze dość szeroką.

W nocy rzeczywiście wystąpił napad silnéj duszności, zadane *cuprum sulfur.* w ilości 0,2 nie sprawiło wymiotów, a duszność nieznaczna trwała przez cały tydzień, tak że popołudniu dnia 9/7 przystąpiliśmy do tracheotomii. Przed operacyją przedstawiało dziecko stan następujący: cała twarz blada, wargi sine, wdech męczący, wydłużony z głośnym szmerem się odbywający, wydech bardzo wydłużony i głośny choć bierny (tj. bez czynnego udziału mięśni wydechowych), dziecko znękane niespokojne i przytomne. Badanie laryngoskopijne, które dało się jeszcze dobrze wykonać, wykazało, że wspomniane białe okłady na więzadłach stały się blisko dwa razy szerszemi, a obrzmienia bocznych ścian krtani pod głośnią (wraz z dolnemi powierzchniami więzadeł) zwiększyły się tak, że pozostała między niemi szpara okazywała się znacznie węższą, niż dnia poprzedniego. W gardzielu stan niezmienny.

Przystąpiliśmy więc z kol. Żuławskim do tracheotomii. Operacyja była jak zwykle przez silnie rozdęte żyły utrudnioną, jedna poprzeczna gałązka żylna przecięta została podwiązaną, otwarcie drogi oddechowéj dokonane zostało przez wiąz stożkowy *(lig. conicum)* i chrząstkę obrączkową *(cart. cricoidea)*. Operacyja wykonaną była bez chloroformu i bez znieczulania miejscowego eterem, mimo to dziecko zachowywało się dość spokojnie i nie wiele krwi utraciło. Założono kaniulę kauczukową, a pod nią dwa szwy.

Po operacyi wkrótce powstały wymioty jednorazowe,

---

*) *Charité-Annalen 1879 IV Jahrgang: Adamkiewicz, Die Poliomyelitis-Bleilähmung.*
Deutsches Archiv für klin. Medicin 1866. Bd. II. Hft. I.

poczém dziecko było spokojne, oddychało dobrze, równie jak i następnego dnia tj. 10/7, wtedy jednak szyja opuchła, a okłady na migdałkach okazały się nieco większe.

D. 11/7 rano oddech swobodny, puchlina szyi jednak przechodzi na klatkę piersiową, popołudniu obfite rzężenia w tchawicy, oddech jednak swobodny. Wieczorem tegoż dnia przybywszy zastaliśmy dziecko zupełnie blade i bez oddechu, tony serca słabo słyszalne i tętno ledwo wymacalne. Ojciec dziecka oznajmił nam przy wejściu, że dziecko po pewném pasowaniu się z dusznością przed chwilą umarło; natychmiast wyciągnąłem kaniulę i wprowadziłem do tchawicy kateter elastyczny z odciętym i obrównanym, wygładzonym końcem, poczém wyssałem kilka kropel cieczy ropiastéj, choć nie gęstéj, a prócz tego zwity kłębek błon wrzekomych, który widocznie był przyczyną bezdechu. Wysysanie to powtórzyłem kilkakrotnie, jednocześnie zaś również jak i potém utrzymywałem sztuczne oddychanie, które tylko od czasu do czasu na chwilę przerywałem, aby auskultować serce i uważać czy samoistny oddech nie wystąpi. Dziecko, podczas tego było zupełnie nieprzytomne, leżało jak martwe. Wkrótce tony serca stały się wyraźniejszemi wreszcie zupełnie wyraźnemi, oddech samoistny jednak nie występował wcale, tak że sztuczną wentylacyję płuc daléj prowadzić musiałem. Po pewnym czasie spostrzegłem, że dziecko samo nieco oddychać zaczyna, wkrótce jednak znowu przestaje, aby po pewnéj chwili na nowo kilka razy odetchnąć. To peryjodyczne oddychanie składało się z okresu 4ch oddechów, z których pierwszy i ostatni płytsze, dwa zaś środkowe głębsze były; po okresie występowała pauza trwająca do ½ minuty, a po téj takiż sam okres jak pierwszy występował. Po pewnym czasie, przez który częścią obserwowałem typowe oddychanie, częścią zaś skracałem trwanie pauzy przez wykonanie kilku sztucznych oddechów, (naturalnie przy kontroli pulsu i tonów serca), okresy zwiększyły się do 6ciu a potém do 8miu oddechów pomiędzy dwiema pauzami. Przez cały ten czas dziecko nie było wcale przytomne, dopiero po powrocie zupełnie prawidłowego oddechu zaczęła powoli i przytomność powracać. Od wystąpienia bezdechu do pierwszego samoistnego wdechu upłynęła więcéj niż cała godzina czasu, a przez cały ten czas oddychanie sztucznie było utrzymywane. Typowe oddychanie, które zupełnie odpowiadało t. zw. zjawisku oddechowemu, trwało 2—3 godzin, zanim regularne oddychanie powróciło. Całą noc dziecko oddychało swobodnie.

12/7 Puchlina szyi zwiększyla się jeszcze, przeszła po nad poziomą gałęzią szczęki dolnéj w okolicę ślinianki przyusznéj. Przytém spostrzegłem znowu utrudnienie oddechu, wdech ciężki z syczącym szmerem odbywający się, wdech przedłużony; żadnych rzężeń ani furczeń w tchawicy lub w kaniuli; dziecko blade, przytomne i spokojne okazywało jeszcze utrudniony oddech. Wieczór tegoż dnia objawy były jeszcze wybitniejsze, a dziecko zupełnie blade, leżało spokojnie w stanie pół przytomnym: usiłowania moje, aby utworzone w tchawicy błony rzekome końcem ściętym kateteru odskrobać i wyssać, pozostały zupełnie bezskutecznemi, wyssałem tylko odrobinę cienkiéj ropiastéj cieczy, czém jednak dziecku żadnéj nie sprawiłem ulgi. Wprowadziłem kateter jak mogłem najgłębiéj tak, że aż do podziału tchawicy doszedłem a oddech pozostał tak jak przedtém utrudniony; musiałem wreszcie dziecko pozostawić losowi, nie będąc w możności nic zdziałać przeciw zwężeniu oskrzeli, które tu już widocznie wystąpiło. Jakoż rzeczywiście tegoż dnia około godziny 10téj wieczór dziecko umarło.

Jeżeli przypadek ten podaję do publicznéj wiadomości, to nie dlatego, jakobym widział coś nadzwyczajnego w tém, że dziecko przy dyfteryi lub krupie operowane w trzy dni po operacyi w skutek zwężenia tchawicy i oskrzeli umarło; fakt to niestety zbyt częsty, aby go warto było opisywać. Do opisu niniejszego przypadku skłania mnie to, że dziecko przed tracheotomiją laryngoskopowałem, przyczém znalazłem w krtani niezwykłą przyczynę zwężenia. Już pierwéj, opisując laryngoskopowany przezemnie przypadek krupu u 5½ letniego dziecka (*Wiener med. Blätter* 1878 J. Nr. 33) podniosłem, że wcale nie zawsze obfite błony wrzekome swoją ilością zwężenie sprawiają, że często, jak właśnie w moim przypadku, zgodnie z przypuszczeniem Niemeyera oraz z obserwacyjami Müncha i Ziemssena brak ruchomości więzadeł i chrząstek nalewkowych na zewnątrz, a więc pozostawienie ich w linii środkowéj, jest jedyną przyczyną zwężenia. Tamże podałem także własne zapatrywanie na ten stan i tłumaczenie, w jaki on sposób powstać może. Sądziłem jednak, że w ten sposób wyczerpnąłem wszystkie możebności zwężenia krtani w krupie. Zdziwiło mnie więc niemało, gdym w obecnym przypadku stwierdził zwężenie, które ani skutkiem masy błon rzekomych, ani skutkiem nieruchomości więzadeł i chrząstek nalewkowych, ale skutkiem obrzmienia dolnych powierzchni więzadeł i bocznych ścian krtani pod głośnią powstało. Zdziwienie moje było tem większe, że krupowe okłady na krtani zazwyczaj nie wywołują silnego obrzmienia, nawet części bezpośrednio zajętych a tém mniéj nieco od nich odległych. Nie ja jednak jestem pierwszym, który na możliwość wystąpienia podobnego stanu w dyfteryi lub krupie zwracam uwagę, albowiem Störk w swojém dziele: *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes, der Nase und des Rachens*, Stuttgart 1876, podobne opisy z badań laryngoskopijnych podczas napadów t. zw. pseudokrupu opisuje. Podaje on mianowicie, że podczas napadów rzeczonych znajdujemy obrzmienie więzadeł fałszywych albo przestrzeni międzydzynalewkowéj, a przy wyższych stopniach duszności nawet téj części błony śluzowéj, która od wolnych brzegów więzadeł na boczne ściany krtani pod głośnią schodząc obleka po drodze dalsze powierzchnie więzadeł. Daléj twierdzi Störk, że podobny stan z napadem pseudokrupu także w czystéj dyfteryi gardzieli wystąpić może. Do tego ostatniego rodzaju zdaje się i nasz przypadek należeć, z tą tylko różnicą, że i tu na samych strunach głosowych dyfterytyczna wypocina była obecną, o czém Störk wcale nie wspomina. Dodać tu muszę, że Störk nie ogranicza nazwy pseudokrupu do przypadków przemijających napadów duszności w biegu ostrego nieżytu krtani występujących, ale nazywa wszystkie te stany pseudokrupem, gdzie duszność u dzieci z objawami podobnemi do krupu występuje, gdzie jednak inne błony wrzekome są jéj przyczyną. Dla tego też podług Störka pseudokrup może sprowadzić śmierć przez zaduszenie i dlatego podług niego tracheotomija może być i w pseudokrupie konieczną. Być może, że w przypadkach Störka, gdzie w początku wystąpienia zwężenia samo tylko obrzmienie bocznych ścian krtani pod głośnią występowało, późniéj tworzyły się także błony wrzekome, które jednak nie były przez niego widziane, z powodu, że zrobiwszy tracheotomiję nie miał już potrzeby męczyć dziecka laryngoskopowaniem, które po tracheotomii jest o wiele trudniejsze i cięższe do zniesienia. Być może, że i w naszym przypadku na 6 godzin przed pierwszém bada-

niem bylibyśmy samo tylko obrzmienie bez śladu błon krupowych znaleźli. Uwagi te naprowadzają nas na pytanie, czy tu obrzmienie błony śluzowéj było tylko następowe, wytworzonym błonom wrzekomym towarzyszące, czy też tworzenie się tychże poprzedzającém pierwotném zjawiskiem. Pytania tego nie jestem w stanie stanowczo rozstrzygnąć, podnieść tylko winienem, że widziałem przypadki, gdzie całe wejście krtani, cała głośnia lub tchawica, jednostajnie błonami wrzekomemi były pokryte a mimo to obrzmienie było wcale nie wielkie i to nie tylko w miejscach pokrytych przez błony, gdzie te ostatnie mogły ściągać tkaninę na wzór warstwy *collodium*, ale także i w ich sąsiedztwie. Dla czegóż więc tu dwa cieńkie pokłady tych błon, zaledwie 2 mm. szerokości mające i nie dosięgające nawet wolnych brzegów więzadeł, tak znaczne obrzmienie pod temiż brzegami wywołały? Być może jednak, że obrzmienie to towarzyszyło błonom wrzekomym, które już w tchawicy tworzyć się zaczynały, a których właśnie z powodu obrzmienia laryngoskopijnie stwierdzić nie było można. W każdym jednak razie na wysokości chrząstki obrączkowej zwężenia w chwili operacyi wcale nie było, a w dwa dni dopiero wystąpiło ono poniżéj rany operacyjnéj. Być może wreszcie, że pewne obrzmienie często poprzedza wytworzenie się błon wrzekomych, i że z takowém mieliśmy i w tym przypadku do czynienia; że dopiero późniéj na częściach obrzmiałych zaczyna się wytwarzać wypocina krupowa, która może nawet części te nieco ściągnąć, ugnieść i ich obrzmienie zmniejszyć, chociaż w tym razie grubością błon krupowych, lub nieruchomością więzadeł zmniejszenie obrzmienia na niekorzyść chorego wynagradza. Są to pytania nierozstrzygnięte dotąd, mało bowiem posiadamy obserwacyj laryngoskopijnych, zwłaszcza w samym początku rozwoju krupu u dzieci. Być jednak bardzo może, że obrzmienie stanowi tu pierwszy okres, pierwszy znak przejścia sprawy gardzielowéj na krtań: tak by się przynajmniéj wydawało z opisów Störka, który swoich chorych badał przy pierwszém wystąpieniu zwężenia krtani; późniéj być może, że wytwarzają się błony krupowe na miejscach obrzmiałych; z początku więc spotkamy obrzmienia obok tychże błon, jak w naszym obecnym przypadku, w końcu zaś może ostatnie pokrywają obrzmienia w zupełności i mogą je ugniatać, tak że części temi błonami pokryte o niewiele tylko okazują nam się grubszemi od zdrowych. Być wreszcie może, że zależy to od natury sprawy chorobowéj, od *genis epidemicus*, od indywidualności chorego itp, czy tworzenie się błon wrzekomych, czy obrzmienie przeważa. Puchlina szyi, jaka w naszym przypadku miała miejsce, mogła pochodzić od rany saméj, późniéj zaś od dyfterytycznéj wypociny na ranie; puchlina ta wystąpiła już drugiego dnia po operacyi, dyfteryję zaś na ranie trzeciego dnia spostrzeżono, nie wyklucza to jednak możliwości jéj istnienia już drugiego dnia po operacyi.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Zeissla (we Wiedniu): **Przyczynek do terapii zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj u mężczyzn.**
Streścił Dr. Obtułowicz w Turce.

Autor pouczony smutném doświadczeniem, że częstokroć lekarze starsi, a nawet i młodsi, zaszkodzili chorym dotkniętym wiewiórem przez używanie wręcz szkodliwych rękoczynów, szczególniéj zaś zanadto zgęszczonych rozczynów azotanu srebrowego, podaje wskazówki pod względem terapeutycznym i ocenia wartość tak leków nabierających w nowszych czasach rozgłosu, jakoteż rzuca trafny pogląd na wartość terapeutyczną endoskopii, skutkiem czego streszczenie tych punktów wytycznych na polu wykonawstwa lekarskiego nie będzie bez korzyści dla kolegów, szczególniéj zmuszonych do żmudnéj praktyki na prowincyi.

Znaną powszechnie jest rzeczą, że terapija zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj może być dwojaką, według tego, czy posługuje się leczeniem miejscowém za pomocą wstrzykiwań, albo też wprowadza do ustroju leki przeciwwiewiórowe drogą pośrednią, tj. za pośrednictwem dróg pokarmowych lub oddechowych.

1) Leczenie zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj drogą bezpośrednią. Każdemu choremu dotkniętemu chorobą powyższą polecić należy noszenie odpowiedniego woreczka podtrzymującego moszna (*suspensorium*) i zakazać używania piwa, wina szampańskiego i w ogóle napojów wyskokowych zawierających wolny kwas węglowy, ponieważ napoje te zwiększają bolesność towarzyszącą oddawaniu moczu. Nadto zabronić należy choremu obfitszego jedzenia wieczorem, zwłaszcza zaś kolacyi mięsnéj, jakoteż kąpieli nasiadowych późnym wieczorem, celem zapobieżenia pomazaniom nocnym pogarszającym stan chorobowy. W okresie ostrym tego cierpienia, odznaczającym się mocnemi bólami podczas oddawania moczu i kłuciem częstokroć w tylnych częściach cewki moczowéj, można śmiało chorym zalecić wstrzykiwania z bardzo słabych rozczynów soli ściągających i używanie letnich kąpieli całych lub nasiadowych, które to środki zdołają częstokroć nader szybko uśmierzyć bóle i usunąć lekką gorączkę towarzyszącą okresowi ostremu. Z pomiędzy całego szeregu środków ściągających pierwszeństwo niewątpliwie służy nadmanganezyjanowi potasowemu, ktory autor przepisuje:

Rp. Kali hypermanganici 0·02
Aq. destillatae 200·00
MDS. Wstrzykiwać 4 razy dziennie.

Rozumie się samo przez się, że przy wstrzykiwaniach należy z strzykawki zrobionéj z twardego kauczuku, a poleconéj przez autora, wystrzykać wprzód powietrze i uważać bacznie na działanie płynu wstrzykiwanego. Gdyby stan zapalny cewki wstrzykiwań nie znosił, co się objawia przez potęgujący się ból przy oddawaniu moczu, należy wstrzykiwań zaprzestać, a zadraźnienie koić za pomocą narkotyków najlepiéj wstrzykiwanych podskórnie.

Autor zauważył, że już po kilku wstrzykiwaniach nadmanganezianu potasowego ból się zmniejszał, a po 8 dniach przy użyciu tegoż środka cierpienie w zupełności ustępowało.

(Doświadczenia Zeissla w tym względzie mogę potwierdzić w zupełności na podstawie dość licznych doświadczeń przedsiębranych na klinice prof. Rosnera i ogłoszonych w Nrach 42 i 43 Przeglądu Lekarskiego z r. 1878, z tą uwagą, że znamienity wpływ nadmanganezianu potasowego przypisałbym raczéj znanéj jego i wybitnéj działalności przeciwgnilnéj, aniżeli ściągającéj. *Uwaga sprawozdawcy).*

Jeżeli po 8-dniowém użyciu tego słabego rozczynu nadmanganezianu potasowego nie widać znacznéj ulgi, należy zapisać 0·03 kali hypermang. na 200 wody, jednakowoż autor nie radzi nigdy przekraczać stosunku 0·15 : 200.

Ponieważ znaną jest rzeczą, że cewka moczowa łatwo przyzwyczaja się do leków do wnętrza jéj wstrzykiwanych,

przeto należy często rozczyny zmieniać chcąc szybko dojść do zamierzonego celu, tj. do wyleczenia. Jeżeli po 10—12 dniach nadmanganezian potasowy nie zdołał znakomicie zmniejszyć lub usunąć wydzieliny ropnéj, to przejść należy do słabego rozczynu siarkanu zynkowego.

Rp. Zinci sulfurici 0·30.
Aq. destillat. 200·00 stopniując zwolna do 0·50:200.

Jeżeli i te środki nie wystarczają, radzi autor używać leków w wodzie nierozpuszczalnych i w niéj tylko zawieszonych, jak Magisterium Bismuthi, Kaolinu lub środka Coopera:

Rp. Magisterii Bismuthi 5·00
Aq. destillatae 200·00
albo Rp. Kaolini puri pulverisati 5·00
Aq. destillatae 200·00
albo Rp. Sulfatis Zinci
Acetatis plumbi basici soluti
utrq. 2·00
Aq. destillatae 200·00
Przed wstrzykiwaniem dobrze zamięszać!

Pomyślne działanie tych zawiesin można tém wytłumaczyć, że proszek w nich zawarty wstrzyknięty do cewki zdaniem autora dostaje się aż do jéj części krokowéj i tam nieraz 2 tygodnie a nawet i dłużéj pozostaje, wywierając wpływ zbawienny przez bezpośrednie zetknięcie się z temi częściami cewki moczowéj, w których zapalenie usadawia się i utrzymuje najuporczywiéj. Proszek taki dopiero w dni kilka lub kilkanaście wydostaje się z cewki moczowéj wraz z moczem lub wydzieliną i chorych przerażać nie powinien.

Jeżeli mimo tego rodzaju leczenia jeszcze skąpa wydzielina z cewki się wydobywa zasklepiając z rana ujście cewkowe lub też przy przestrzykaniu cewki czystą wodą wystałą widać w szklance zawierającéj oddaną potém wodę charakterystyczne nitki i przybłonki, to wówczas radzi jeszcze autor prócz wstrzykiwań zakładać do cewki świeczki elastyczne (*bougies*). W tym celu najlepiéj użyć świeczki zwężającéj się ku końcowi, zaopatrzonéj gałeczką na końcu, miernéj grubości odpowiadającéj Nrom 10—14 skali Charrièra, dobrze ją oliwą nasmarować, a dolny jéj koniec posypać proszkiem kaolinowym, bizmutowym (*Magist. Bismuthi*) lub skrobią, następnie ją wprowadzić do cewki, a doszedłszy przynajmniéj do żdziergacza pęcherza pozostawić ją w cewce przez 5 do 10 minut. Sposób ten uwieńczony był częstokroć skutkiem nader pożądanym nawet w wiewiórach bardzo zastarzałych i nigdy nie sprowadził nieprzyjemnych powikłań, w szczególności zaś nie stał się przyczyną wytworzenia się kamienia pęcherzowego, albowiem proszek nigdy po za ujście wewnętrzne czyli pęcherzowe cewki moczowéj się nie dostał, jak się o tém kilkakrotnie autor na zwłokach przekonał.

Jeżeli przy użyciu co dopiero wspomnianych środków jeszcze wyleczenie zupełne nie nastąpiło, natenczas autor radzi użyć wstrzykiwań z rozczynu ałunowego, garbnikowego, siarkanu kadmowego, octanu zynkowego, siarkanu miedziowego itp. i wprowadzać konsekwentnie sondy używane do śledzenia kamieni (*Steinsonden*) począwszy od numerów średnich aż do najgrubszych. Rozczyny środków wspomnianych zapisuje autor w następującym stosunku:

Rp. 1) Sulfatis Cadmii 0·30:200 aq.
2) Aluminis crudi 5·00:250 aq.
3) Sulfatis cupri 0·05:250 aq.
4) Acetatis plumbi basici soluti 5·00:200 aq.
5) Acetatis Zinci 1·00:250·00
6) Acetatis zinci, Tannini puri utrq. 0·50:200 aq.
7) Acetatis zinci 0·70
Trae Catechu 1·00
Trae opii simpl. guttas (X) decem
Aq. destillatae simpl. 200·00
8) Liquor. ferri sesquichlor. guttas viginti :200 aq.

lub też w końcu używa pręcików kaolinowych:

9) Pulv. Kaolini, Glycerini puri aa q. s. ut f. baccilli tenues longitudine pollicis Nr. XX.
DS. Codziennie po 4 dobrze oliwą posmarowane wprowadzić do cewki.

Jeżeli chorzy uskarżają się na mocne bóle wdłuż międzykrocza szczególniéj przy siedzeniu, to zapisuje się czopki z Extr. Belladonnae (Rp. Extr. Belladonnae 0·07, Butyri de Cacao q. s. ut f. suppositoria parva Nr. X. D. S. Po 1 czopku dobrze oliwą nasmarowanym wkładać 2 razy dziennie do rzyci), albo też dodaje się do powyższych rozczynów 0·07 Morphii acetici, lub wreszcie poleca się wkładać do cewki czopki w postaci pręcików, zawierających morfin:

Rp. Morphii muriatici 0·07
Butyri de Cacao q. s. ut f.
baccilli tenues longitudine pollicis Nr. X.

(Powyżéj wymienione czopki stolcowe zdaniem sprawozdawcy są zanadto słabe, aby mogły wywrzeć zbawienny skutek, najlepiéj w tym względzie nadają się wstrzykiwania podskórne morfinu w okolicy międzykrocza (od 0·01 do 0·015 morphii hydrochlor.), lub gdzie to niepodobném, czopki stolcowe z Morphii muriat 0·10 na 6 czopków po 1—2 dziennie.)

Szczególniéj przestrzega autor, aby zawcześnie nie niecierpliwić się i nie polecać silnych rozczynów ściągających lub nawet żrących, zwłaszcza zaś silnego rozczynu siarkanu miedziowego lub azotanu srebrowego, środki te bowiem wywołują silną reakcyję, zwiększają ból, przedłużają cierpienie i powiększają bardzo skłonność do powstawania zwężeń cewki moczowéj.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Deutschmann: **Badania nad powstawaniem zaćmy.**

Autor dochodzi do następujących wniosków opartych na doświadczeniach:

1) Twardnienie soczewki w wieku późniejszym odbywa się wśród utraty wody, jak się o tém przekonać można za pomocą bezpośredniego porównawczego ważenia z oznaczeniem ilości wody zawartéj w soczewce.

2) Za życia otacza soczewkę ustawicznie cieniuchna warstewka płynnego białka, znajdująca się pod jéj torebką. Warstewka ta utrzymuje prawdopodobnie wymianę materyi pomiędzy soczewką a otaczającemi ją środkami, tj. ciałkiem szklaném i cieczą wodną, a to w ten sposób, że ona potrzebny materyjał odżywczy (istoty białkowate) od ciałka szklanego przejmuje, oddając mu w zamian wodę i sole, które sama pobiera z cieczy wodnéj, oddając jéj za to maleńkie ilości zużytego białka.

3) Przyczyny nienaruszonéj przeźroczystości soczewki w oku zdrowém upatrywać nie można ani w tak zwanym przybłonku przodkowéj torebki, ani w torebce, lecz w własnościach żywotnych saméj soczewki. Jak na teraz stwierdzić możemy tylko sam fakt, nie umiejąc jeszcze podać jego przyczyny. Po śmierci zaćmiewa się soczewka wśród rozpadu i

pęcznienia swoich pierwocin, przy czém białko soczewki dostaje się w ilości zwiększonéj po przez torebkę do cieczy wodnéj.

4) Zaćmiona kora zaćmy schyłkowéj zawiera znacznie więcéj wody, aniżeli soczewka przeźroczysta człowieka tego samego wieku pod warunkiem, że zaćma nie jest przejrzałą ani marską *(geschrumpft)*.

5) Składniki stałe soczewki dotkniętéj zaćmą schyłkową są zmniejszone w porównaniu z soczewką zdrową człowieka równego wieku.

6) Podczas dojrzewania zaćmy schyłkowéj zawiera ciecz wodna więcéj istot białkowatych, aniżeli w stanie prawidłowym.

7) Wydarzają się przypadki zaćmy u osób cierpiących przewlekły białkomocz, w których przypuścićby można związek przyczynowy pomiędzy białkomoczem a chorobą oka.

8) W jednym przypadku ostrego zapalenia nerek z bardzo mocnym białkomoczem a soczewką prawidłowo przeźroczystą nie można było w cieczy wodnéj, badanéj w godzinę po śmierci, wykazać zwiększonéj ilości białka.

9) Wstrzykiwania białka z surowicy krwi do komórki przodkowéj królika żywego nie wywołują zaćmy.

10) Należy więc przypuścić, że zwiększona ilość białka w cieczy wodnéj óez dotkniętych zaćmą schyłkową pochodzi z soczewki, a nie uważać odwrotnie zaćmy za następstwo zwiększonéj ilości białka w cieczy wodnéj.

11) Przez powolne pęcznienie w wodzie parującéj soczewki ludzkiéj świeżéj a pozbawionéj torebki wywołać można zupełnie takie same makro- i mikroskopowe zmiany, jakie cechują zaćmę schyłkową.

12) Początku zaćmy schyłkowéj szukać należy w rozpadzie włókien soczewkowych wśród nienadwerężonéj soczewki ludzi wiekowych; dalszą zaś przyczyną tego rozpadu jest niejednostajne twardnienie soczewki w wieku późniejszym. Woda, którą oddaje twardniejące jądro — a od niego rozpoczyna się sprawa twardnienia — nie działa szkodliwie na soczewkę, jeżeli jéj twardnienie odbywa się jednostajnie, sprowadza zaś zaćmienie soczewki skutkiem pęcznienia jéj włókien, jeżeli twardnienie odbywa się niedostatecznie i nie jednostajnie. Do początkowego rozpadu w ten sposób wywołanego przyłącza się żywsza difuzyja pomiędzy zniszczonemi pierwocinami soczewki a otaczającemi ją środkami, mianowicie cieczą wodną. Soczewka oddaje cieczy wodnéj białko rozpuszczone, a za to przyciąga z niéj wodę, która następnie przyczynia się do niszczenia pierwocin soczewki skutkiem pęcznienia.

13) Czas potrzebny do dojrzenia zaćmy schyłkowéj, jako też jéj zbitość, zawisły od większéj lub mniejszéj zdolności pęcznienia, jaką posiada kora.

14) Spostrzeżenia kliniczne jak niemniéj doświadczenia pouczają, że pierwociny soczewki posiadają niezmiernie różną zdolność pęcznienia.

15) Badanie wykazuje, że marska (*geschrumpft*), przejrzała zaćma schyłkowa zawiera mniéj wody i mniejszą ilość stałych składników w porównaniu z soczewką prawidłową osób tego samego wieku. (*Graefe's Arch. f. Ophth. XXV.* 2. str. 213 — 242.) β.

W. Schlaefke: **O używaniu jodku potasu i kalomelu w okulistyce.**

W piśmiennictwie okulistycznem opisanych jest zaledwie kilka przypadków, w których równoczesne używanie jodku potasu wewnętrznie z zasypywaniem kalomelu do worka spojówki wywołało gwałtowne zapalenie oka. Ale i te nieliczne spostrzeżenia popadły w zapomnienie, tak, iż dotąd zbiór przypadków występujących po spotkaniu się obu tych leków na zewnętrznych częściach oka nie jest dostatecznie znanym, a przynajmniéj należycie uwzględnianym. Zwykłe podręczniki okulistyczne nie przestrzegają bynajmniéj przed równoczesnem używaniem obu tych leków, a w ogólności nie pokuszono się dotąd o wyjaśnienie tego zjawiska. Jeden tylko Bellini starał się rzecz zbadać bliżéj i robił w tym celu doświadczenia na zwierzętach. Autor zachęcony przez prof. Lebera postanowił rzecz tę bliżéj zbadać, a zwłaszcza za pomocą doświadczeń na zwierzętach wyjaśnić. Pomijając staranne zestawienie odnośnéj literatury, tudzież szczegóły przedsięwziętych doświadczeń, podajemy wnioski, jak je sam autor w końcu swojéj pracy zestawia:

1) Zjawisko, że kalomel zasypywany do oka podczas używania wewnętrznego jodku potasu wywołuje gwałtowne zapalenie w zewnętrznych częściach oka, stwierdziło wprawdzie doświadczenie kliniczne, mimo to popadło to zjawisko w zapomnienie i zdaje się być obecnie mało znaném.

2) Jodek potasu używany wewnętrznie rozchodzi się bardzo szybko po całym ustroju, pojawia się już po bardzo krótkim czasie w najrozmaitszych wydzielinach i wydalinach, a w cieczy łzowéj wykazać go można już po kilku minutach.

3) Jodek potasu podawany dwa razy dziennie po 0·5 wewnętrznie znajduje się ciągle w cieczy łzowéj człowieka w ilościach dających się wyraźnie wykazać.

4) Kalomel rozpuszcza się w wodzie w ilości bardzo małéj, w $^{3}/_{4}$% rozczynie soli kuchennéj zaś w ilości około 10 razy większéj.

5) Kalomel miałki zasypany do worka spojówkowego rozpuszcza się zwolna jako taki w ustawicznie wydzielanéj cieczy, działa więc chemicznie.

6) Jeżeli się zasypie do oka kalomel, a ciecz łzowa zawiera jodek potasu, to się tworzy jodek rtęciowy i jodek rtęciawy.

7) Oba stając się przy obecności soli kuchennéj rozpuszczalnemi działają żrąco i wywołują silne zapalenie.

8) Dlatego to wstrzymywać się należy dopóty od wszelkiego zewnętrznego stosowania kalomelu, dopóki ciecz wodna zawiera jod, tj. przez całą dobę po ostatniéj dawce jodku potasu. (*Graefe's Arch. f. Ophthal.* XXV, 2, str. 251 do 279). β.

J. Scriba: **Badania nad embolija tłuszczową.**

Początek treściwéj rozprawy stanowią wyciągi z prac licznych poprzedników nad zatorami tłuszczowemi. Magendie (*Journal de Physiologie* T. I, 1821) pierwszy wywoływał zatory tłuszczowe u zwierząt wstrzykiwaniem tłuszczów płynnych. U ludzi odkrył je H. Müller w naczyniówce przy marskości wątroby. Odtąd badano daléj i B. Cohn znalazł zatory tłuszczowe w mózgu przypuszczając trojakie ich pochodzenie: 1) zwyrodnienie tłuszczowe samych ścian naczyń; 2) rozpad tłuszczowy mózgu, 3) przebicie ognisk miażdżycowych do wnętrza naczyń.

W naczyniach włosowatych płuc widział je najpierw Zenker 1862 r. u robotnika kolejowego, który się dostał między dwa wagony i doznał złamania żeber, pęknięcia wątroby i oderwania odźwiernika od żołądka.

Bergmann wstrzykując tłuszcz do naczyń spostrzegł,

że 1) tłuszcz zatyka naczynia przedewszystkiém w płucach, część jego przechodzi przez wątrobę i nerki i bywa z moczem wydzielaną, 2) tłuszcz nie zatrzymuje się stale w naczyniach, lecz część przechodzi daléj, a druga część przez ściany naczyń wnika w tkankę otaczającą, 3) niekiedy, zwłaszcza jeżeli się wstrzykiwania często powtarza, pękają w skutek zatorów tłuszczowych naczynia w płucach i tłuszcz z krwią dostaje się do pęcherzyków płucnych.

E. Wagner znalazł zatory tłuszczowe 15 razy w złamaniu powikłaném, 12 razy w ostrém ropieniu kości lub części miękkich, 15 razy w ciężkiém obrażeniu kości lub części miękkich z następową rychłą śmiercią, 6 razy w przewlekłém ropieniu.

Roser naciął okostnę kości udowéj w ostrém zapaleniu szpiku kostnego *(osteomyelitis acuta)*, i nie znalazł ropy, lecz ciecz surowiczo-krwawą i liczne krople tłuszczu. Przypuszcza zatém, że w rzeczonéj chorobie szpik jest pod wielkiém ciśnieniem, które tłuszcz płynny do kanalików Haversa wpędza tak, że się gromadzi pod okostną. Busch i Recklinghausen twierdzą, iż tłuszcz bywa wessanym przez naczynia krwionośne, a po części i przez limfatyczne, lecz nigdy nie wznieca zapalenia; ztąd też nie przypisują zatorom tłuszczowym wielkiego znaczenia. Śmierć następuje tylko tam, gdzie są liczne zatory. Cohnheim twierdzi, iż liczne zatory tłuszczowe sprowadzić mogą naciek, ale ściśle odróżnia zatory obojętne od drażniących (*reizlose und reizende Pfropfe*).

W r. 1873 przytoczył Bergmann pierwszy przypadek śmierci, gdzie już za życia rozpoznano zator tłuszczowy; a w r. 1876 znowu kilka ogłoszono przypadków. Odtąd coraz są częstszemi, przytaczają je Heschl, Hamilton i inni.

Flournoy badał w tym kierunku wszystkich zmarłych w Strasburgu w ciągu 4 miesięcy i w 250 sekcyjach znalazł 26 razy zatory tłuszczowe w płucach. Sądzi on, że tłuszcz z zewnątrz dostaje się do naczyń, jeżeli w ścianach są dość duże otwory, w sąsiedztwie ich jest tłuszcz płynny i istnieje siła wsteczna *(vis a tergo)*.

Tyle w części historycznéj; daléj podaje Scriba wyniki własnych doświadczeń. Aby się przekonać, czy zatory tłuszczowe wzniecają zapalenie lub nie, wstrzykiwał zwierzętom oliwę czystą i szpik kości roztopiony, przestrzegając Listerowskiéj czystości. Przy tym sposobie nigdy nie było zapalenia, przeciwnie gdy np. narzędzia były nieczyste.

Badał daléj mocz chorych w skutek złamania, po rękoczynach kości i na zapalenie ostre szpiku kostnego. Tłuszcz nigdy nie tworzył warstwy, lecz po dłuższém staniu tworzyła się na powierzchni moczu warstewka białawo-śluzowata, nieraz do 3 cm. grubości. Tylko 6 czy 8 razy pływało na powierzchni kilka kropli tłuszczu, w innych przypadkach zaś dopiero badanie drobnowidowe i chemiczne wykazało, iż powyższą warstwę stanowi zawiesina tłuszczowa. Autor przytacza badanie moczu w 34 przypadkach (24 złamania, 9 resekcyj i amputacyj, 1 zapalenie ostre szpiku kostnego), w których najczęściéj już drugiego dnia po nadwerężeniu znalazł tłuszcz, a mianowicie: 27 razy jako zwiesinę, a obok tego 9 razy w kroplach, zaś 7 razy nie było tłuszczu. Tłuszcz znachodził się najczęściéj od 2—6 dnia, potém znikał, około 8 dnia znowu na kilka dni się pojawiał już to obficiéj już to skąpiéj, poczém albo go już wcale nie było, albo też od dnia 18—21 znowu był w małéj ilości; a czasem po kilkudniowéj przerwie jeszcze czwarty raz się pojawił.

W dalszym ciągu przechodzi autor zmiany, jakie tłuszcz wywołuje w poszczególnych narządach i wskazuje drogi, któremi dostaje się do ustroju. Zgodnie z wielu innymi badaczami odróżnia autor zatory czyste od zatorów, w których obok płynnego tłuszczu znachodzą się masy rozpadowe, kryształki cholestearyny, bakteryje itd. Zatory te pochodzą albo z zakrzepów *(thrombus)* rozpadłych, albo z ognisk miażdżycowych i tam tłuszcz podrzędną odgrywa rolę. Aby powstały zatory czyste, potrzeba warunków już poprzednio przez Flournoya podanych. Warunki te znachodzą się przy nadwerężaniach kości, czy to się dzieje i przy obrażeniach części miękkich, pytanie jeszcze nie rozstrzygnięte.

Wreszcie zastanawia się autor, przez co przy zatorach tłuszczowych nastaje śmierć. Wagner uważa ropnicę za przyczynę śmierci, Czerny obrzęk płuc i zatory w mózgu, Scriba zaś sądzi, iż śmierć nastaje w skutek licznych zatorów w mózgu i rdzeniu pacierzowym. Jakież więc są objawy zatorów tłuszczowych?

Ciepłota bywa obniżoną, co już C. O. Weber i Schwick odkryli. Zjawisko to tłumaczy B. Cohn zatkaniem większéj ilości naczyń włosowatych płuc, przez co utleuienie krwi jest utrudnione, a Czerny jako drugą przyczynę przytacza zatory w mózgu, w skutek czego cierpi regulacyja ciepła. Obniżenie ciepłoty stoi w prostym stosunku do ilości zatorów, lecz wnet się wyrównywa. Gdy zaś w skutek zatorów następuje śmierć, wówczas ciepłota ciągle się obniża nawet o 5 stopni; ztąd autor wyprowadza wniosek, że tam gdzie ciepłota była podwyższoną, przyjąć nie można zatoru jako przyczyny śmierci.

Drugim objawem zatoru jest duszność, nastająca w skutek nagłego wykluczenia większéj ilości naczyń włosowatych płuc z wymiany gazów; stałym objawem bywa również obecność tłuszczu w moczu. Czasem występuje lekkie krwioplucie, najczęściéj bez stłumienia i rzężeń, nieregularne tętno, nadzwyczajna bladość skóry i błon śluzowych, z początku oddech płytki, potém tor oddechowy Stokesa, kurcze, upośledzone odruchy.

Twierdzenia swoje popiera Scriba licznemi doświadczeniami na zwierzętach, rozbiorami moczu 34 chorych i 177 nekroskopijami, które w odnośnéj literaturze znalazł. Wnioski wyprowadza autor bardzo logicznie, język jest piękny, styl gładki, ztąd z przyjemnością czyta się rozprawę. Jedna atoli okoliczność uderza czytającego, tj. że autor przytaczając rozbiory moczu chorych nie wspomina wcale, jakich używał ostrożności, aby tłuszcz z zewnątrz nie dostał się do moczu. Okoliczność ta uderza tém bardziéj, że w innych miejscach bardzo jest skrupulatnym, i tak np. szczegółowo opisuje, jak ostrożnie zwierzętom wstrzykiwał tłuszcz, jak starannie czyścił narzędzia, aby otrzymać czyste zatory. Szkoda, że również drobiazgowo nie opisuje sposobu, w jaki otrzymywał mocz chorych. *(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie XII. 1, 2, September 1879).* *Dr. Bogdanik.*

Prof. E. Ludwig (we Wiedniu): **O lokalizacyi arszeniku w organizmie zwierzęcym.**

Na podstawie doświadczeń czynionych na zwierzętach oraz na zwłokach samobójców (z otrucia arszenikowego zmarłych) L. dochodzi do następujących wniosków: W kościach arsen wykazać można w dość znacznéj ilości tak w otruciu ostrém, jako i przewlekłém; jako najdalszy termin, w którym arsen wykazać można w kościach po ostatniém użyciu go, oznacza termin 40-dniowy. Co się tyczy umiejscowienia

arsenu w innych organach, to do niedawna uchodziło za pewnik, że takowy przeważnie gromadzi się w wątrobie, podczas gdy w ostatnim czasie Skołozubów dowodził, że tak w otruciu ostrém jak i przewlekłém za pomocą kw. arsenawego główną siedzibą trucizny jest mózg i rdzeń pacierzowy, wątroba zaś i inne organa w téj mierze drugie dopiero zajmują miejsce. Skołozubów oznaczył nawet stósunek ten matematycznie, twierdząc, że w 100 gramach mięśni znachodzi się arsenu 1, w tyluż gramach wątroby 10·8, mózgu 36·5, rdzenia 37·3. — Otóż Ludwig doszedł do całkiem przeciwnego rezultatu; według niego w ośrodkach nerwowych znachodzą się tylko jak najmniejsze ilości arsenu w porównaniu z innemi organami; u zwierząt stosunek ilości arsenu znalezionego w ośrodkach nerwowych do ilości znalezionéj w wątrobie ma się jak 1:15, w jednym przypadku jak 1:13, u człowieka zaś jak 1:50, w jednym przypadku nawet jak 1:90. Rezultat ten ma o tyle znaczenie praktyczne, o ile Skołozubów na podstawie swych doświadczeń domagał się od lekarzy sądowych, aby na przyszłość zamiast wątroby wyjmowali mózg i rdzeń, jako przedmioty przez chemików badać się mające, podczas gdy Ludwig obstaje przy tém, aby jak dotąd tak i nadal badano głównie wątrobę, zwłaszcza gdy w niéj arsen wykryć można nawet i wtedy jeszcze, gdy takowego już w kościach wykazać nie podobna. (*Sprawozdanie z posiedz. Tow. lek. wiedeńsk.* z d. 21 listopada 1879. *Allg. W. med. Ztg.*, Nr. 47, także w *W. med. Blätter* Nr. 48 seq.) *L. B.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne XVII. z dnia 19go listopada 1879 roku.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 20 i 1 gość.

1) Przewodniczący powitał obecnego na posiedzeniu jako gościa Dra Józefa Bogdanika.

2) Kol. Grabowski sprostował wzmiankę zamieszczoną w protokóle z ostatniego posiedzenia towarzystwa z dn. 5 b. m., jakoby majątek towarzystwa wynosił około 2,000 złr.; po dokładném bowiem obliczeniu majątek towarzystwa naszego wynosi około 1,600 złr.

3) Przewodniczący wspomniał zmarłego w d. 11 bm. Dra Marcelego Dobrowolskiego członka czynnego tow. lekarsk., którego pamięci obecni oddali hołd przez powstanie.

4) Przewodniczący złożył do biblioteki towarzystwa dzieło 9cio tomowe p. t. Dykcyonarz powszechny medyki i chirurgii z r. 1740, jako dar pani Maryi Falęckiéj wdowy po śp. Dr. Józefie Falęckim C. T. lek., tudzież nadesłane przez Dra Gajkiewicza z Warszawy dwie prace p. t.: „O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych", odbitka z Medycyny z r. 1879, jakoteż „O marskościach wątroby" (Medycyna 1877).

5) Przewodniczący przedstawił w imieniu komitetu stósownie do §. 42 Ustawy tow. lek. do wykreślenia z listy członków tych kolegów, którzy pomimo kilkakrotnego wezwania obowiązkom przyjętym zadość nie czynili. Są nimi Drowie: Brudziński, Coghen, Dobiński, Humiecki, Lorentski i Papieski.

6) Przedstawiono na członków towarzystwa: Dra Wilhelma Pisseka w Krakowie i Dra Władysława Gajkiewicza w Warszawie, a przyjęto przez głosowanie na członków towarzystwa Dra Józefa Durę w Krzeszowicach i Dra Józefa Bogdanika w Krakowie.

7) Kol. Zarewicz odczytał rozprawę kol. Glücka: O nowym sposobie leczenia dymienic za pomocą środka roślinnego zwanego *Sylphium cyrenaicum*, a kol Wasylewski uzupełnił odczyt opisem 3 przypadków w ten sam sposób leczonych. (Będzie umieszczone w Przegl. Lek.)

8) Kol. Ponikło odczytał obszerne sprawozdanie z przypadków suchót płucnych leczonych na klinice lekarskiéj krakowskiéj w ciągu ostatnich czterech lat. Z powodu spóźnionéj pory dyskusyję odłożono do następnego posiedzenia.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski.*

V. Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47.)

Inne jeszcze musimy tu poruszyć pytanie: czy należy wywoływać napady chorobowe sposobami sztucznemi?

W ogólności i ze stanowiska lekarskiego nie należy tego czynić, gdyż to sprzeciwia się zadaniu lekarza, a powtarzanie napadu nie jest obojętne dla stanu choroby późniejszego. Ze stanowiska nauki możeby nieraz przyszła komu ochota czynienia doświadczeń na chorym, lecz moralność nasza pozwala na to tylko tam, gdzie niema obawy wyrządzenia szkody na zdrowiu, a gdzie jest nadzieja zbadania dokładniejszego choroby saméj. Tak np. w klinice Frerichsa wyciągano małą kotwiczką kawałeczki mięśni z chorych na trichinozę; tak kłujemy skórę, gdzie chcemy przekonać się o stanie jéj czucia itp. Otóż Charcot wywołuje stany hypnotyczne u swoich chorych nietylko dla zbadania wszystkich przypadłości, do jakich histeryja ciężka jest zdolną z natury swojéj, lecz także dla zbadania i leczenia kontraktur histerycznych. Wykazał on dosadnie znaczenie téj przypadłości, i udało mu się takową pod wpływem magnesu przenieść ze strony choréj na zdrową i przemieszczoną usunąć za pomocą prądów elektrycznych. Do tego zaś potrzebował dowodu, że nie tylko magnes wywołuje skurczenie przemieszczone, lecz proste potarcie albo dotknięcie mechaniczne mięśnia lub nerwu odpowiedniego uczyni to, jeżeli wykluczymy poprzednio świadomość, a względnie wolę choréj, czyli wprawimy ją w stan hypnotyczny. Jeżeli Charcot lub inny badacz czyni to w klinice z całą powagą i krytyką naukową w otoczeniu lekarskiém, to nigdy i pod żadnym warunkiem według mojego zdania niepowinien tego nikt czynić w praktyce prywatnéj, lub w otoczeniu nielekarskiém. Toby dało bowiem powód do poruszenia umysłów w kierunku mistycznym i do nadużyć niemoralnych i niehigijenicznych. Ze względu na rzadkość hsiteryi ciężkiéj, ze względu, że postacie kliniczne téj choroby prawie tylko w Salpêtrière znajdujemy takie, jak nam je Charcot przedstawia, potrzeba nam zrezygnować zawczasu ze sposobności studyjowania samodzielnego po naszych szpitalach zjawisk histerycznych indukcyjnych, czyli wywołanych. Czynić zaś próby na ladabądź jakim przypadku histeryi cięższéj, znaczy tyle co narobić wiele hałasu, dać przykład zły i niczego niedokazać, jak się to stało niedawno temu we Wiedniu.

Co się zaś tyczy zjawisk przemieszczenia przypadłości hysterycznych z jednéj połowy ciała na drugą, z choréj na zdrową, zachodzą jeszcze wątpliwości, czy zjawiska te są wszechstronnie zbadane i sprawdzone. Badania p. Vigouroux wykazały np., że jeżeli z płytką metalu skutecznego razem położymy płytkę innego metalu obojętnego, tak że ostatni leży na pierwszym, zjawiska przemieszczenia nie występują; jeżeli zaś pierwéj położymy metal skuteczny a po wywołaniu zjawisk przemieszczenia położymy na nim

inny metal nieskuteczny, zjawisko przemieszczenia utrzyma się i utwierdzi. Charcot znowu wykazał, że gdy metal nieskuteczny położymy obok metalu skutecznego pomiędzy tymże a ośrodkami nerwowemi, zjawisko przemieszczenia nie wystąpi; gdy zaś nieskuteczny metal leży na końcu obwodowym, a skuteczny bliżéj ośrodków nerwowych, zjawisko w mowie będące wystąpi bez przeszkody. Pokazało się także, że u ozdrowieńców pozornych metaloterapiją leczonych z hysteryi ciężkiéj powraca dawna nieczulica, barwoślep, niedowład połowiczy, pod wpływem właśnie metalu skutecznego, co nazywamy *anésthesie de retour*. (*Gazette médicale de Paris*. 1878, str. 451.)

Z doświadczeń poczynionych przez Eulenburga pokazuje się, że metaloterapija nie jest w każdym przypadku skuteczną (*Deutsch. med. Wochenschrift* 1878. Nr. 25 i 26.). Adamkiewicz osiągnął podobne rezultaty, jak metaloskopija, za pomocą pryszczydła; Thennes za pomocą lodu i wody goręcéj: nawet blaszki kościane i drewniane skutkowały tak jak błaszki metalowe (Westphal, Bennet: *Berl. klin. Woch.* Nr. 30, 1878; Brain, 1878, str. 331.). Z czego wynika, że potrzeba jeszcze same fakty lepiéj wystudyjować i wiadomość o nich należycie utwierdzić w opinii naukowéj, są bowiem tacy, ktorzy odnośne zjawiska przemieszczenia zaliczają częściowo lub całkowicie do sprawy wyobrażeń (Westphal, Hammond), niezarzucając jednak żadnego oszustwa.

J. Russel Reynolds opisuje przypadek porażenia poprzecznego, o którém twierdzi, że niezależnie od psychozy, hysteryi, hypochondryi, lub symulacyi, tylko z czystéj imaginacyi powstało. („*British medical journal*“, 1869, Nov. 6; Ziemssena księgozbiór T. XI. II, str. 401.) Ciekawy w tym względzie ustęp czytamy w Domricha „*Die psychischen Zustände*“ Jena 1849, str. 149. Powiada on tam: „*Der Glaube macht nicht nur selig, sondern auch krank und gesund*“. „*Wahre Virtuosen in Erregung mehr vorübergehender Störungen sind die Hypochondristen, die nicht nur voll von Einbildungen sind, sondern auch reale lebhafte Schmerzen, krampfige Contractionen, Störungen der Secretion u. s. w. in den Organen erzeugen, auf denen sie ihre Aufmerksamkeit anhaltend ruhen lassen*“. „*Wenden wir einer beschränkten Stelle der Haut unsere Aufmerksamkeit einige Zeit lang ungetheiltzu, so treten an derselben nicht bloss Empfindungen, sondern nach kürzerer oder längerer Zeit, auch Veränderungen der Blutvertheilung ein Versuche, welche ich wiederholt an mir selbst angestellt habe, ergaben mir das Resultat, dass die betreffende Stelle anfangs etwas blässer, dann aber röther wurde, worauf ziemlich lange einne juckende, brennende Empfindung zurückblieb*“. „*Leise Zuckungen in den darunter liegenden Muskeln treten auch leicht ein, namentlich wenn man daran denkt*“.

Przypuśćmy, że pewna czynność półkul mózgowych, wyrażająca się psychicznie przez pewne wyobrażenia, jest jednym z warunków lub zjawiskiem poprzedzającém zjawiska przemieszczenia u hysteryczek, to przecież dla tego zjawisko wywołane nieprzestaje być neurofizyjologicznem. Czyż zjawiska wyobrażeń w życiu układu nerwowego a względnie mózgu mają mieć dla fizyjologa lub patologa inne znaczenie jak zjawiska czucia, ruchu itp.? Jeżeliby tak było, że przez pobudzenie pewnych wyobrażeń można u hysteryczek wywołać pewne zjawiska obwodowe, to przecież i to zasługuje na dokładne zbadanie. Czyż wyobrażenia uważane przez nas jako zjawiska pewnéj czynności mózgowéj mają być inaczéj traktowane, jak inne zjawiska czynności nerwowych? Zostawmy sobie dualizm dla walki moralnéj o ideały naszego szczęścia, lecz we fizyjologii zjawiska realne nie mogą być dlatego podejrzanemi, że mają związek z wyobrażeniami chorego, że wyobrażenia chorego są przewrotne, z choroby saméj lub jak jego czucie i poruszenia wydzieliny i oddzieliny.

Niemniéj nie mogę się zgodzić na twierdzenie Hermanna (zobacz „Przegląd Lek. 1879, Nr. 39, str. 461), że zjawiska, które Charcot bada na swoich hysteryczkach, opierają się na „podaniach hysteryczek.“ Zjawiska w mowie będące nie opierają się na opowiadaniu hysteryczek, lecz na opowiadaniu ich ustroju, który przemawia zjawiskami rzeczywistemi. Byłoby to barbarzyństwem ze strony lekarza, nie wierzyć bólom dlatego, że się tyczą hysteryczki, lub nie wierzyć opadnięciu lub podniesieniu termometru, dlatego, że był w ustach hysteryczki, lub nie wierzyć że po zakłuciu skóry nie wystąpiła kropla krwi, któréj nie widzimy itp. Sądzę więc, że wydawanie wyroku o doświadczeniach Charcota, o których mowa, jest przedwczesne. Zjawiska muszą być poznane i sprawdzone powszechnie, zanim jakikolwiek sąd o doświadczeniach jego wyda opinija umiejętna; rzecz więc naturalna, że o tłumaczeniu zjawisk, o stawianiu hipotez co do ich przyczyny albo co do ich prawideł jeszcze mowy być nie może.

W oddziale Charcota na sali chorych przeważały podczas mojéj tam bytności, przypadki chorób rdzeniowych przewłoczne, w późnym okresie. W klinicznym obrazie tych chorób rozpoznawano: uwiąd, twardziel, zapalenie następowe różnéj postaci chronicznéj. Było tam kilka przypadków zaniku stawowego, jaki niekiedy występuje w różnych chorobach mózgowych i rdzeniowych, głównie zaś w tak nazwanych suchotach rdzeniowych, jak to właśnie rzecz się miała w tym razie.

Choroba w mowie będąca poczyna się nagle, bez bólu, bez gorączki, od obrzęku całéj okolicy stawowéj ze wszystkiemi jéj częściami. Już w pierwszym tygodniu ten powszechny obrzęk ustępuje z części staw otaczających, a pozostaje tylko w samym stawie, w którym za kilka lub kilkanaście dni czuć chrzęszczenie, poczém znika nie tylko obrzęk lecz także przyrostki stawowe, które w tym czasie już się rozpadły. W tym uwiądzie biorą udział mięśnie przynależne, lecz jakkolwiek ścieńczeją, nie tracą jeszcze resztki swojéj kurczliwości, co umożliwia wykonywanie poruszeń dowolnych. Podczas poruszeń widzimy ruch kości (pozbawionych swojego stawu) przez skórę, z pod któréj sterczą zwichnione z położenia swojego. Tak u jednéj choréj z zanikiem stawu barkowego przy zginaniu w łokciu wyskakiwała kość ramieniowa po nad szczyt ramienia; u innéj, gdzie zanikły stawy barkowe, łokciowe, biodrowe i kolanowe, poruszenia przedstawiały obraz dziwny postaci ludzkiéj jakby połamanéj, kauczukowéj. Wszystkie poruszenia takie są niedowładne, nieprzydatne wcale ani do chodu, ani do rękoczynów, potrzebujących ilości znaczniejszéj sił mięśniowych i utwierdzenia w stawach i na kościach. Charcot zalicza tę chorobę stawów do zboczeń odżywczych, jakie w chorobach ośrodków nerwowych występują na narządach obwodowych, na skórze, w mięśniach, w przewodzie pokarmowym, w męcherzu itp. Ten rozpad i zanik stawowy przypomina zanik i rozpad małżowin usznych, czyli tak nazwany guz ucha krwawy, jaki postrzegamy w niektórych chorobach mózgowych, niemniéj odleżynę ostro powstającą pod postacią pseudoflegmo-

ny. Jeżeli odżywienie histologiczne od nerwów swoistych zawisło, to tego rodzaju katastrofa poszczególnych narzędzi oznacza niezawodnie śmierć odnośnych nerwów lub ośrodków odżywczych. Charcot mniema, że najbliższą przyczyną téj choroby stawowéj w suchotach rdzeniowych jest zanik komórek zwojowych szaréj istoty rogów przodkowych, mianowicie gromady tych komórek, leżącéj przy brzegu zewnętrznym rogów przerzeczonych. (Porównaj Charcota: *„Leçons sur les maladies du système nerveux;“* ed: 3. T 1, str. 122).

List z Wiednia.

(Izby lekarskie i moje proroctwo. — Endoskopija i jéj bohaterowie. — Gorączka połogowa nieprzyjaciółką sekundaryjuszów szpitala powsz. — Gadatliwość dziennikarska i moja strata).

„Sie kommen spat Graf Isolani, aber Sie kommen doch;“ możnaby powiedzieć wydziałowi związku stowarzyszeń lekarzy rakuskich, który po długiém milczeniu dał wreszcie znak życia w sprawie Izb lekarskich. Petycyja jest gotowa i wkrotce ma być przesłaną obu Izbom Rady państwa i Ministerstwu spraw wewnętrznych. Nie koniec na tém. Stan lekarski bardzo skąpą ma liczbę przedstawicieli w Radzie państwa, gdyby zatém rzeczona petycyja nie znalazła zrazu dostatecznego poparcia, to mógłby zrządzić przypadek, że Izba przeszłaby z najzimniejszą krwią do porządku dziennego nad sprawą tak ważną nie tylko dla lekarzy ale i dla ogółu. Aby zatém nie pozostawić petycyi na los przypadku, Wydział powyższy wystosował odezwę do wszystkich stowarzyszeń należących do związku, aby one starały się wpłynąć na deputowanych i tym sposobem zgotować jéj dobre przyjęcie w pełnéj Izbie.

Obym fałszywym był prorokiem, ale mnie się zdaje, że sprawa Izb lekarskich następującym pojdzie torem: Rada państwa przydzieli petycyję osobnéj komisyi, która po długich dyskusyjach wybierze podkomisyję, a ta znów sprawozdawcę, który przy nawale pracy jako członek Komisyi bośniackiéj, podatkowéj, stemplowéj i kilku innych, nie będzie miał czasu dostatecznie się rozpatrzeć w rzeczonéj sprawie i w przyszłéj kadencyi będziemy znowu tam, gdzie teraz jesteśmy. Już my lekarze mamy we wszystkiém dziwne szczęście. Od nas wymagają niestworzonych rzeczy, kiedy jednak przyjdzie nam co dać, to musimy długo czekać, a w końcu nie tylko że niczego nie dostajemy, ale owszem umniejszają to, co jeszcze mamy. (Patrz taksę dla lekarzy sądowych i dyjety fizyków).

Uroniwszy łzę polityczną nad dolą lekarską, znów muszę uderzyć w surmę. Zaledwie umysły nieco ochłonęły po walkach sodanowo-będżwinowych, zaledwie rany prof. Meynerta po ciosach skalpelowych prof. Heschla poczęły się goić *per secundam*, już w zupełnéj zbroi stoją przeciw sobie prof. Dittel i Dr. Nietze z elektrycznie oświetlonym wziernikiem cewkowo-pęcherzowym z jednéj a prof. Auspitz ze zwykłym wziernikiem cewkowym z drugiéj strony.

Nie chcę nużyć szanownego czytelnika opisem téj „Endoskopijady,“ którą bez wątpienia już zna z wiedeńskich pism lekarskich, ale to ośmielam się powiedzieć, że obie strony mają niesłuszność, bo pierwsza i druga metoda badania dotychczas nie bardzo się rozpowszechniła między lekarzami. Najlepsi specyjaliści (Sigmund, Zeissl) porzucili po licznych próbach badanie cewki za pomocą dotychczas używanych wzierników; w nalepszym razie dużo jeszcze wody upłynie, nim ten sposób badania tak się rozpowszechni, jak w stosunkowo krótkim czasie badanie wziernikowe krtani.

Życząc obu stronom walczącym najlepszych sukcesów, opuśćmy pole bitwy i zajrzyjmy na chwilę do szpitala. Do kliniki położniczéj prof. K. Brauna nie mogę niestety łaskawego czytelnika prowadzić, bo gorączka połogowa w najlepsze się rozgościła i wydziera jedną ofiarę po drugiéj. Choroba ta jednak nie tylko nam przykrego figla spłatała, ale i sekundaryjuszom szpitala powszechnego przyszła nie na rękę. Jest tu zwyczajem, że prymaryjusze oddziałów położniczych sami sobie wybierają pomocników z pominięciem lekarzy pełniących służbę na innych oddziałach. Po czteroletniéj służbie szpitalnéj opuszcza zatém lekarz zakład, nie wiedząc nawet, czy istnieje jaki oddział położniczy. Przed kilku dniami podali więc sekundaryjusze prośbę do dyrekcyi, by w przyszłości każdy lekarz szpitalny przynajmniéj na 3 miesiące był umieszczonym na jednym z trzech oddziałów położniczych. Dyrekcyja wprawdzie jeszcze nie odpowiedziała, prawdopodobnie jednak gorączka połogowa będzie przyczyną, że powyższa prośba nie odniesie pożądanego skutku.

Oddział prof. Hebry objął przed trzema dniami zięć jego prof. Kaposi, którego wydział lekarski prawie jednogłośnie zamianował zastępcą.

Że się też przed dziennikarzem nic nie ukryje! W przeszłym liście pisałem o tajemnicach, o których sądziłem, że żadne ucho dziennikarskie ich nie usłyszy i żadne oko nie zobaczy. Gdzie tam, i o chorobie prof. Hebry (który się teraz nieco lepiéj ma) i o jubileuszu Dra Hoffmana pisano w gazetach nawet nielekarskich. Mógłbym się o to gniewać i nie pomału, bo gdyby nie gadatliwość tych panów, to miałbym jeszcze jaką nowinkę dla szanownego czytelnika, a dla siebie korzyść, że mógłbym dłuższy list napisać.

Wiedeń 24 listopada 1879 r. *Dr. L. Glück.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. Ospa nie zmieniła się w Londynie i w ubiegłym tygodniu. Leczyło się w szpitalach 50, świeżo zapadło 10. W Wiedniu umarło 4, w Budapeszcie 1, w Pradze 2. W Paryżu i Barcelonie umarło 22, w Bukareszcie 18, w Kadiksie 2. Odra jeszcze się wzmaga w Kopenhadze, umarło z niéj 34. w Londynie 63. Płonica szerzy się w Londynie, w Bukareszcie umarło 21. Tyfus panuje groźnie w Barcelonie, umarło od 2 — 8 listopada 21. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1, w Petersburgu 4.

W Krakowie umarło od 16 — 22 bm. z chorób zakaźnych 6 osób: 2 z ospy nieszczepionych (1 z ul. Poselskiéj L. 140 i z ul. Blichowéj L. 59), 1 z płonicy (w ul. Siennéj L. 198), 1 z dławca (w ul. Krakowskiéj L. 94), 1 z róży (w szpitalu), 1 z gorączki połogowéj (w szpitalu), a doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach ospy (w ul. Floryjańskiéj L. 365, w ul. Blichowéj L. 59, w ul. Wolskiéj L. 76, na Pędzichowie L. 60, na Smoleńsku L. 56), 3 ospicy (2 w ul. Gołębiéj L. 171, Straszewskiego L. 6, Franciszkańskiéj L. 164). 7 ospianki (5 na Placu W. Św. L. 147, w ul. Franciszkańskiéj L. 166, w ul. Straszewskiego L. 6).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 46 umarło w Krakowie na rok i 1.000 mieszkańców 33.2; we Lwowie 35,9; w Warszawie 28,0; w Poznaniu 25,0; w Wiedniu 23,7; w Budapeszcie 28,4; w Pradze 31,8; w Tryjeście 33,7; w Berlinie 21,2; w Monachijum 32,1; w Wrocławiu 25,1; w Hamburgu 23,5; w Dreznie 20,8; w Lipsku 27,1; w Genewie 19,4; w Bazylei 16,5; w Brukseli 29,7; w Paryżu 24,4; w Londynie 23,2; w Kopenhadze 34,4; w Stokholmie 23,9; w Chrystyjanii

18,0; w Petersburgu 29,7; w Odesie 38,0; w Bukareszcie 37,7; w Barcelonie 34,1; w Aleksandryi 37,8; w Nowym Yorku 19,7; w Bombayu 30,9; w Madrasie 34,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** dn. 27 listopada. Egzamin rządowy, uprawniający do ubiegania się o posadę w publicznéj służbie zdrowia, złożyli w terminie listopadowym pp. Drowie Antoni Coghen z Buska, Jan Filewicz z Kolbuszowy (celująco), Adolf Goldhaber z Mielca, Wincenty Nycz z Biały (celująco), Stanisław Ponikło z Krakowa (celująco) i Apolinary Tarnawski ze Lwowa.

* Wydział lekarski Uniw. Jagiell. na posiedzeniu w dniu 21 listopada uchwalił przedstawić Ministerstwu oświaty Dra Smoleńskiego Stanisława na asystenta przy zakładzie fizyjologicznym, i mianował Drda Szymkiewicza Kazimierza drugim asystentem przy zakładzie anatomii opisowéj.

* Temi dniami wyszły „Spostrzeżenia kazuistyczne“ prof. Korczyńskiego (Kraków 1879. in 8vo m. str. 106). Jest to osobne odbicie 5 rozpraw autora, ogłoszonych w Przeglądzie Lek. w roku przeszłym i bieżącym (ostatnia z tych rozpraw drukuje się obecnie po niemiecku w *W. med. Presse*), a zarazem zeszyt IIIci zbioru prac wyszłych z kliniki lekarskiéj krakowskiéj, od czasu objęcia kierownictwa przez prof. Korczyńskiego. Zeszytu tego nabyć można w Administracyi Przeglądu Lek. oraz w księgarni Krzyżanowskiego po cenie 1 zła. Dochód przeznaczony jest na założenie funduszu wspierania ubogich chorych, opuszczających kliniki krakowskie. Pracę swoją dedykował autor pamięci nauczyciela swego prof. Karola Gilewskiego.

* Numer 47 *Allg. W. med. Ztg* zamieszcza rozprawę Dra Leopolda Glücka o próchnieniu kręgów kiłowém z oddziału prymaryjusza Zarewicza w Krakowie, oraz wykład Dra Warschauera o epidemiczném zapaleniu opon mózgordzeniowych, miany na Zjeździe lekarzy i przyrodn. niem. w Baden-Baden.

* Przypominamy, że w sobotę d. 29 bm. o godzinie 5téj popoł. odbędzie się w sali Akademii Umiejętn ogólne zgromadzenie nadzwyczajne Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lek. polskich i że przedmiotem narad będzie wniosek pod względem połączenia tego Stowarzyszenia z mającém się utworzyć Towarzystwem lekarzy galicyjskich i krakowskich.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. higijeny w Lipsku Hofmann wybrany został przez uniwersytet członkiem Izby panów król. Saskiego. — Prof. Erb w Heidelbergu powołany został na drugiego prof. kliniki w Lipsku. — Prof. Czerny w Heidelbergu otrzymał tytuł tajnego radcy dworu.

* **Wiadomości osobowe.** W dniu 26 bm. otrzymał w Uniw. Jagiell. stopień Dra wszech nauk lekarskich p. Edward Zosel rodem z Brzeżan.

* **Nekrologija.** W Karlsbadzie umarł radca sanitarny Dr. Leopold Fleckles w 76 roku życia; był on tamże lekarzem zdrojowym przez pół wieku prawie.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 46: Sokołowskiego: O tak zwanych suchotach krtaniowych; Rzadkowskiego: Potwór bliźniaczy, czyli zroślak jednogłowy i jednopępkowy.

Piśmiennictwo lekarskie. BASSAGET J. A. Traite d'hématologie dynamique. 2 vol. 8. Montpellier, A. Delahaye. Fr. 20.

Bericht üb. d. kgl. gynaekol. Universitäts-Klinik v. 1. Nov. 1874 bis 1 Nov. 1877. Veröff. v. prof. Hildebrandt. gr. 8. Königsberg, Hartung. M. 2.

BERICHTE d. naturwiss.-medicin. Vereins in Innsbruck. 8 Jahrg. 1877. 2 u. 3 Hft. gr. 8. Innsbruck, Wagner. M. 4.80.

BISCHOFF, Th. L. W. v. Vergleichende anatom. Untersuchungen üb. d. äusser. weibl. Geschlechts- u. Begattungsorgane d. Menschen u. d. Affen. M. 6. lith. Taf. Abb. gr. 4. München, Franz. M. 3. 30.

BOURNEVILLE et P. REGNARD. Iconographie photogr. d. l. Salpêtrière T. 2. pet. 4. av. 39 pl. Paris, Delahaye Fr. 30. (cpl. Fr. 60).

BOYER J. Guérison de la phthisie pulmonaire et de la bronchite chronique à l'aide d'un traitement nouveau. 14. éd. In-8. Paris, Delahaye. Fr. 1½.

— Études cliniques s. l. lésions corticales des hémisphères cérébraux. 8 av. 105 fig. Paris, Delahaye. Fr. 6.

BRESGEN M. Ueber d. Husten. Vortrag gr. 8. Frankfurt a./M. Alt. M. 0.80.

BRIAND J. E. CHAUDÉ et J. BOUIS. Manuel complet de médecine legale 10 éd. av. pl. T. 1. gr. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 24.

CAUVY, le Dr., De la pneumocèle traumatique. 8 Paris. Delahaye. Fr. 1½.

COURTY. Traité pratique des maladies de l'utérus. 3 éd. 1 part. av. 377 fig. Paris, Asselin. Prix de l'ouvr. compl. Fr. 24.

DELFAU G. Manuel complet des maladies des voies urinaires. 1 fasc. av. 68 fig. 18. Prix de l'ouvrage cpl. Fr. 10.

FOLLIN E. u. S. DUPLAY. Traité élémentaire de pathologie externe av. fig. T. VI. fasc. 1 gr. 8. Paris, Masson. Fr. 4.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 3 grudnia posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Kwaśnicki odczyta opis przypadku odmy płucnéj, leczonéj w szpitalu św. Ludwika. Następnie przedmiotem obrad będzie sprawa połączenia Towarzystwa naszego z Towarzystwem lekarzy galicyjskich, dla któréj pożądaném jest jak najliczniejsze zgromadzenie się kolegów.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla